

AUS DER II. MEDIZINISCHEN KLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. Dr. G. Bodechtel

Gesundheitsschäden durch nationalsozialistische Verfolgung im fachärztlichen Gutachten

(Statistische Auswertung von 1276 Entschädigungsgutachten)

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ursula Schaeffer

aus

Mühlhausen/Thür.

1963

Druck:
ERNST-REUTER-GESELLSCHAFT
der Förderer und Freunde der Freien Universität Berlin e.V.
DISSERTATIONS-DRUCKSTELLE
1 Berlin 33, Garystr. 45

AUS DER II. MEDIZINISCHEN KLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. Dr. G. Bodechtel

Gesundheitsschäden durch nationalsozialistische Verfolgung im fachärztlichen Gutachten

(Statistische Auswertung von 1276 Entschädigungsgutachten)

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ursula Schaeffer

aus

Mühlhausen/Thür.

1963

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. F. Erbslöh
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. Dr. G. Bodechtel
Dekan:	Prof. Dr. R. Bachmann
Tag der mündlichen Prüfung:	19. XI. 63.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Einleitung	5
II. Kurzer Überblick über die Methodik der Gutachtenauswertung	6
III. Allgemeine Auswertungsergebnisse der Entschädigungsgutachten	8
1.) Überblick	9
2.) abgelehnte Gutachten	11
3.) Schadensalter	14
4.) Schadensdauer	17
IV. Spezielle Auswertungsergebnisse	20
1.) Auswertung anerkannter Gutachten	20
2.) Gefäßkrankheiten/Hypertonie, Magen-Darm-Erkrankungen sowie WS- und Gelenkschäden im Vergleich	27
3.) Tod als Schadensfolge	39
V. Zusammenfassung	42
Literaturverzeichnis	45



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154022_0117

I. Einleitung:

Die Menschen, die den Verfolgungen des nationalsozialistischen Regimes ausgesetzt waren, haben einen berechtigten Anspruch auf Entschädigung, der im BEG vom 29. 6. 1956 gesetzlich verankert ist.

Der ärztliche Gutachter hat zu entscheiden, ob eine gesundheitliche Störung vorliegt und ob diese auf Verfolgungsmaßnahmen zurückzuführen ist. Bei dieser Entscheidung hat der Arzt immer wieder die Diskrepanz zwischen der Ansicht seines Patienten, einem Laien, und dem wissenschaftlich fundierten medizinischen Standpunkt auszugleichen.

Es wird dem ärztlichen Gutachter der Entschädigungsgutachten meist vorgeworfen, er urteile zu streng, d. h. er berücksichtige die körperlichen und seelischen Belastungen zu wenig, denen die Betroffenen ausgesetzt waren.

Da dieser Vorwurf insbesondere der II. Medizinischen Klinik München öfters gemacht wurde, beschäftigt sich die vorliegende Arbeit speziell mit den Entschädigungsgutachten, die in den Jahren 1950 bis 1960 an der Medizinischen Klinik Düsseldorf (1950-1953) und der II. Medizinischen Klinik München (1953-1960), jeweils unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Dr. G. Bodechtel, erstellt wurden.

Diese Arbeit ist im Rahmen einer Reihe von Inaugural-Dissertationen, die dasselbe Material zur Grundlage haben, entstanden (s. I. -D. Hitzeroth, München 1961; Steinmetz das. 1962; Worthmann das. 1962; Hausdörfer das. 1963).

II. Kurzer Überblick über die Methodik der Gutachtenauswertung

Da in den vorangegangenen Arbeiten die Methodik der Auswertung unserer Gutachten ausführlich beschrieben wurde, soll hier nur ein kurzer Überblick folgen.

Von den ersten drei Doktoranden Hitzeroth-Steinmetz-Worthmann (s. d.) wurde das Schlitzlochkarten - Verfahren gewählt, das eine Auswertung des gesamten Gutachtenmaterials in relativ einfacher Art und Weise erlaubt. Das Prinzip bildete die Überlegung, ein Gutachten von 10-30 Seiten in einem Codé auf eine Art Kartelkarte (s. Abbildung) zu übertragen (von der Verfasserin dieser Arbeit wurden die Gutachten des Jahrganges 1959 sowie je 1/3 der Jahrgänge 1956 und 1958 nach diesem Verfahren in extenso bearbeitet).

Wir haben eine zweigeteilte Kartelkarte, deren obere Hälfte die persönlichen Daten, Art und Dauer des Schadens und die Diagnosen enthält; deren untere Hälfte die Möglichkeit gibt, folgende Punkte in einem Schlüssel zu übertragen:

- 1.) Art des Gutachtens (V, E, P, I)
- 2.) Geschlecht
- 3.) Schadensdauer
- 4.) Schadensalter
- 5.) Lebensalter z. Zt. der Begutachtung
- 6.) Zeitspanne vom Ende des Schadens bis zur Begutachtung
- 7.) Diagnosen
- 8.) Beschwerden
- 9.) klinische und neurologische Befunde
- 10.) Schadensfolge SF, Minderung der Erwerbsfähigkeit MdE
Berufs-, Arbeitsfähigkeit B, A / Invalidität I/ Ablehnungen
Ø
- 11.) Zahl der durchgeführten Untersuchungen

Dieses Verfahren hat den Vorteil, daß jedes Gutachten, das auf eine "Schlitzlochkarte" übertragen wurde, in kürzester Zeit aus dem Gesamtmaterial herausgesucht werden kann. Außerdem kann so das gesamte Gutachtenmaterial bei einer besonderen Fragestellung ohne große Mühe nochmals ausgewertet werden.

Alle Ergebnisse dieser Arbeit beruhen auf diesem Schlitzlochverfahren, mit dessen Hilfe die Entschädigungsgutachten relativ schnell und einfach herausgesucht werden konnten und uns zu den folgenden Ergebnissen und Schlußfolgerungen führten.

DARSTELLUNG NR. 1

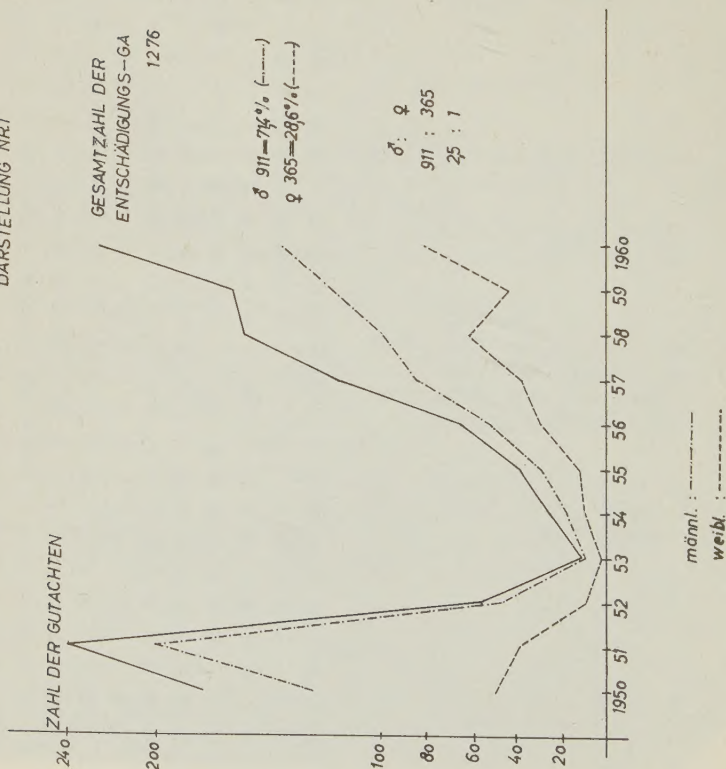


Tabelle Nr. 1

Jahr	Ges.	♂	♀
1950	179	131	48
1951	238	200	38
1952	53	45	8
1953	10	9	1
1954	25	16	9
1955	38	27	11
1956	63	34	29
1957	120	83	37
1958	160	99	61
1959	165	122	43
1960	225	145	80

Legende zu Abb. 1 und Tab. 1 s. S. 9

III. Allgemeine Auswertungsergebnisse der Entschädigungsgutachten

1.) Überblick:

In den Jahren 1950-60 wurden an der II. Medizinischen Klinik München bzw. der Medizinischen Klinik Düsseldorf insgesamt 1276 Entschädigungsgutachten erstellt. Das sind bei einer Gesamtzahl von ca 6550 Gutachten rund 20 %.

Von diesen 1276 Begutachteten waren 911 Personen männlichen Geschlechts, d. h. 71,4 %, und 365 Personen weiblichen Geschlechts, das sind 28,6 %. Wir hatten also bei jedem 2. bis 3. Entschädigungsgutachten eine Frau zu begutachten. Dieser hohe Anteil des weiblichen Geschlechts in der Begutachtung ist auf die besondere Art des Schadens zurückzuführen.

Darstellung Nr. 1 (zusammen mit Tabelle Nr. 1) zeigt uns, daß sich diese Gutachten sehr ungleich auf die einzelnen Jahrgänge verteilen: 1952-1956 nur 189 = 14,8 % Gutachten gegenüber 1087 = 85,2 % Gutachten in den Jahren 1950/51 und 1957-60.

Ebenso schwankt das Verhältnis männlich/weiblich in den einzelnen Jahrgängen sehr: zwischen 9:1 (1953) und nahezu 1:1 (1956), wobei die Zahl der weiblichen Begutachteten in den letzten drei Jahrgängen 1958-60 absolut und relativ stärker angestiegen ist als die der Männer.

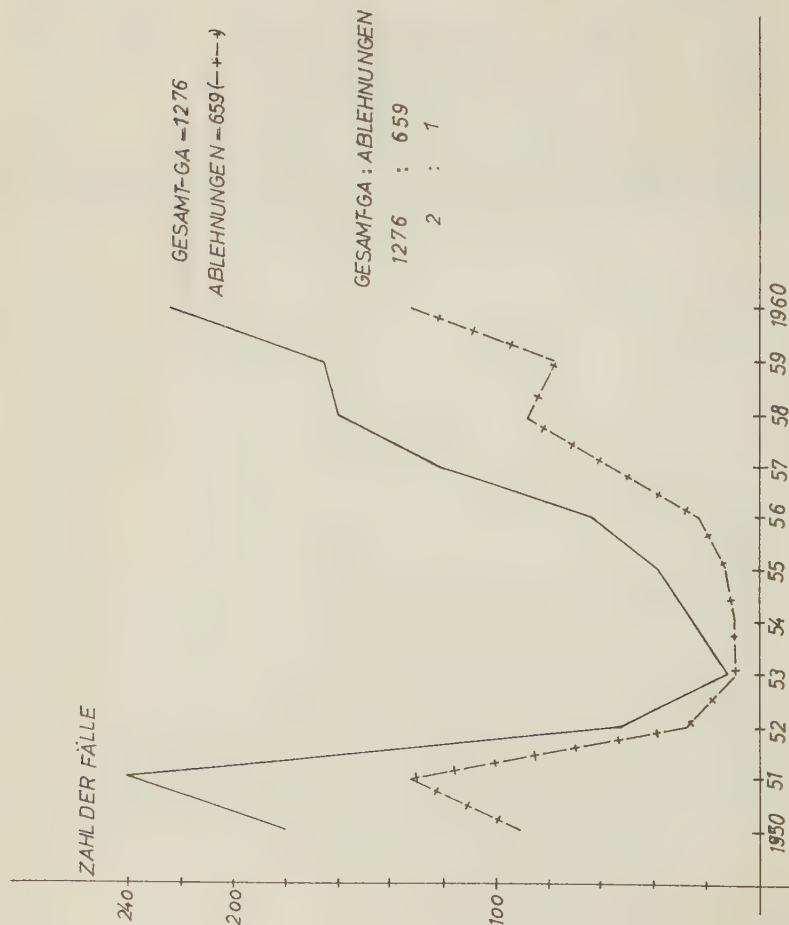


Tabelle Nr. 2

Jahr	Ges.	Ø GA	Ø GA in %
1950	179	92	51,4
1951	238	133	55,9
1952	53	26	49,1
1953	10	8	80,0
1954	25	9	36,0
1955	38	12	31,6
1956	63	23	36,5
1957	120	57	47,5
1958	160	89	55,6
1959	165	78	47,3
1960	225	132	58,7

Legende zu Abb. 2 und Tab. 2 s. S. 11

2.) abgelehnte Gutachten:

Wenden wir uns nun den abgelehnten Gutachten zu, d. h. den Personen, bei denen z. Zt. der Begutachtung ein Zusammenhang ihrer Beschwerden oder gesundheitlichen Störungen mit der Verfolgung nicht angenommen werden konnte.

Von unseren 1276 Entschädigungsgutachten wurden 659 Gutachten = 51,7 % negativ beurteilt, d. h. ca jedes 2. Gutachten mußte abgelehnt werden.

In der Darstellung Nr. 2 (nach Tabelle Nr. 2) haben wir die Verteilung der abgelehnten Gutachten auf die einzelnen Jahrgänge der Verteilung der Gesamtgutachtenzahl gegenübergestellt: beide Kurven laufen in etwa parallel. Es ist also nicht so, daß eine abschlägige Entscheidung abhängig wäre von der Zeitdauer, die zwischen Verfolgung und Begutachtung liegt. (Die Schwankungen im prozentualen Verhältnis der abgelehnten zu den anerkannten Gutachten in den einzelnen Jahrgängen - s. Tabelle Nr. 2 - liegen an der teilweise geringen Anzahl der Gutachten).

Von unseren 659 abgelehnten Gutachten waren 464 = 70,4 % männliche und 195 = 29,6 % weibliche Personen. Das ergibt ein Verhältnis von männlich zu weiblich wie 2,4:1. Dieses Verhältnis der beiden Geschlechter zueinander fanden wir schon im Gesamtmaterial, d. h. die Anerkennung eines Gesundheitsschadens als verfolgungsbedingt erfolgte im Bezug auf das Geschlecht vollkommen paritätisch.

Diese Ausgewogenheit zeigt sich auch in der Darstellung der jahrgangsweisen Aufteilung der Ablehnungen mit dem jeweiligen männlichen und weiblichen Anteil (s. Darstellung und Tabelle Nr. 3).

DARSTELLUNG NR.3

ZAHLE DER FÄLLE

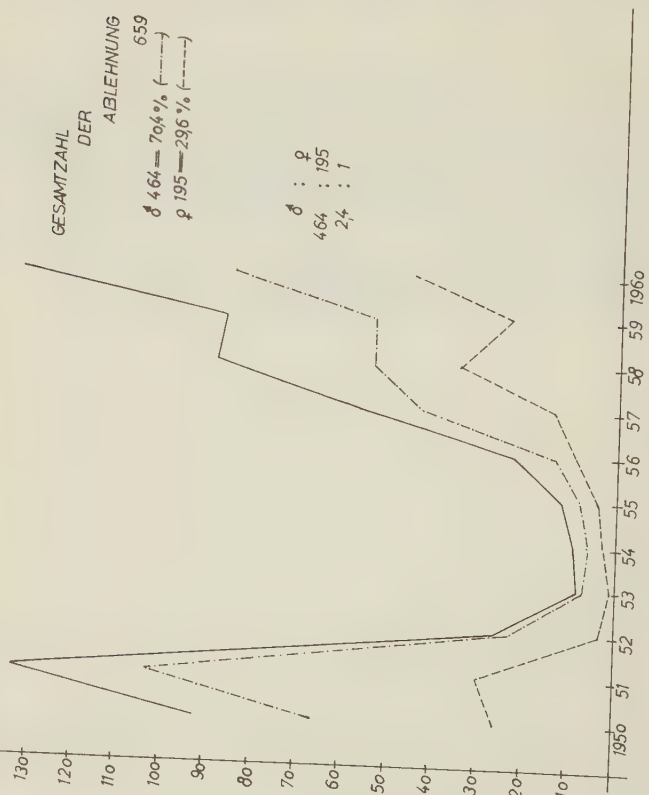


Tabelle Nr. 3

Jahr	Ø GA	Ø GA	
		♂	♀
1950	92	66	26
1951	133	103	30
1952	26	23	3
1953	8	7	1
1954	9	6	3
1955	12	8	4
1956	23	14	9
1957	57	43	14
1958	89	54	35
1959	78	54	24
1960	132	86	46

Legende zu Abb. 3 und Tab. 3 s. S. 11

männl. : -----
weibl. :

ZAHL DER FÄLLE

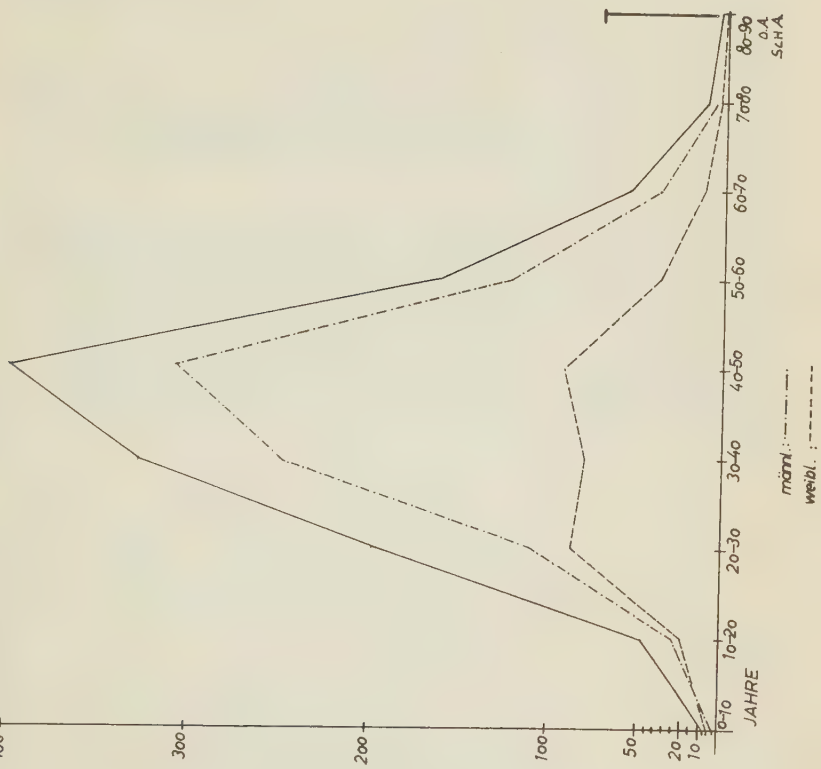


Tabelle Nr. 4

SchA	Ges.	♂	♀
0-10	7	2	5
10-20	47	26	21
20-30	199	112	87
30-40	329	249	80
40-50	402	309	93
50-60	161	120	41
60-70	52	40	12
70-80	8	5	3
80-90	1		1
O.A.	70		

Legende zu Abb. 4 und Tab. 4 s. S. 14

3.) Das Schadensalter:

Als nächstes interessierte uns das Alter, in dem unsere begutachteten Personen der Verfolgung ausgesetzt waren. Diese Schadensalterkurve (s. Darstellung und Tabelle Nr. 4) zeigt eine eindrucksvolle Spitze zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr mit einer breiten Basis zwischen 20 und 60 Jahren. Nur 115 Personen (= 9 %) liegen außerhalb dieser Grenzen, wobei sich die Streuung nach rechts (61 Fälle) und links (54 Fälle) ungefähr die Waage hält.

Diese Verteilung des Schadensalters wird uns bei einer späteren Fragestellung nochmals beschäftigen.

Unterschiedlich ist das Schadensalter bei unseren männlichen und weiblichen Gutachtenpersonen.

Während die männlichen Begutachteten sich parallel dem Gesamtmaterial auf die einzelnen Schadensalterjahrzehnte verteilen, finden wir bei den Frauen ein Kurvenplateau zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr (s. ebenfalls Darstellung und Tabelle Nr. 4).

Im Zusammenhang mit dem Schadensalter hat sich noch folgende Frage ergeben: Ist eine positive gutachterliche Bewertung der geklagten Beschwerden bzw. Krankheit abhängig vom Schadensalter, d. h. konzentrieren sich verfolgungsbedingte Gesundheitsschäden in einem bestimmten Schadensalter?

Die prozentuale Verteilung der abgelehnten Gutachten in den einzelnen Schadensaltergruppen zeigt eine annähernd geradlinige, horizontal verlaufende Kurve (s. Darstellung und Tabelle Nr. 5) (das Ansteigen der Kurve im ersten und letzten Jahrzehnt ist auf die geringe Zahl der Fälle zurückzuführen und somit ein Zufallsergebnis).

Das bedeutet, daß die Entscheidung über einen gesundheitlichen Verfolgungsschaden in unserem Gutachtenmaterial unabhängig vom Schadensalter war.

DARSTELLUNG NR. 5

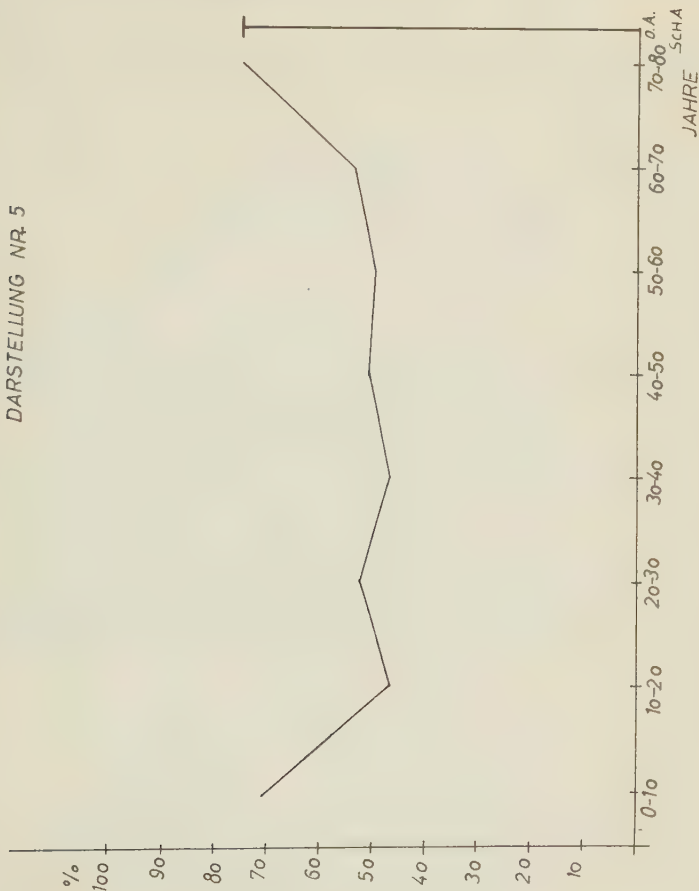


Tabelle Nr. 5

SchA	Ges.	Ø GA	Ø GA in %
0-10	7	5	71,4
10-20	47	22	46,8
20-30	199	106	53,3
30-40	329	154	46,8
40-50	402	204	50,7
50-60	161	80	50,0
60-70	52	28	53,8
70-80	8	6	75,0
80-90	1	1	100
o. A.	70	54	75,4

Legende zu Abb. 5 und Tab. 5 s. S. 14

ZAHL DER FÄLLE

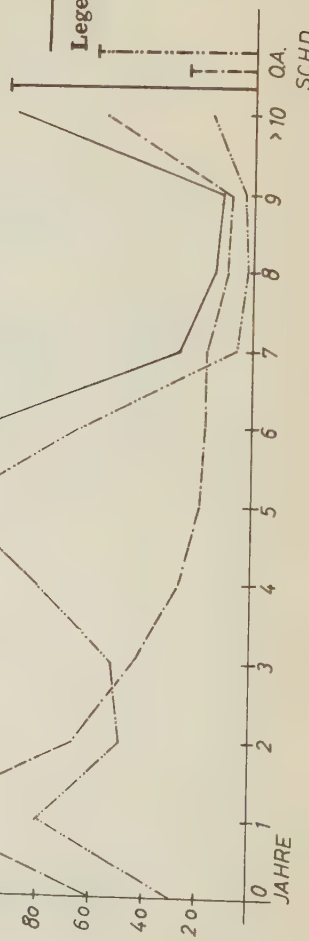
SCHADENSDAUER-GESAMTZAHL

1950-52 (— · — · —)

1958-60 (— · — · —)

Tabelle Nr. 6

SD:	Ges.	Ges. in %	1950 -52	1958 -60
0 J.	129 (15)	10	59 (5)	29 (9)
1 J.	243	19	127	79
2 J.	136	10,7	66	49
3 J.	127	9,9	44	53
4 J.	142	11,1	26	81
5 J.	176	13,8	20	116
6 J.	103	8,1	18	65
7 J.	27	2,1	18	6
8 J.	13	1,02	10	2
9 J.	12	0,94	7	3
10 J.	90	7,05	57	17
Ø A	93	7,3	23	59



QA.

SCHD.

4.) Die Schadensdauer:

Einen wichtigen Punkt bei der Begutachtung stellt die Schadensdauer dar, d.h. die Zeit, in der der Begutachtete den Verfolgungsmaßnahmen ausgesetzt war.

Wir erhalten bei der Auswertung des Gesamtmaterials drei charakteristische Gipfel in unserer Kurve, die den allgemeinen Erfahrungen einer Konzentrationslagerhaft-Dauer entsprechen (s. Darstellung und Tabelle Nr. 6; die Zahl in der Klammer bei 0 Jahren Schadensdauer besagt, daß wegen zweifacher Schadensdauer diese Zahl doppelt gezählt wurde). Den ersten Gipfel haben wir bei einer Belastungsdauer von einem Jahr, den zweiten bei 5 Jahren (in diese Gruppe z.B. fallen die Begutachteten, die nach dem Überfall auf Polen 1939/40 zunächst im Ghetto und dann im KZ bis Kriegsende 1945 leben mußten) und den dritten bei 10 und mehr Jahren Belastung.

Daß die Gipfel in ihrer absoluten Höhe abnehmen, liegt wohl daran, daß mit der Zunahme der Belastungsdauer automatisch die Zahl der Überlebenden und damit der Begutachteten abgenommen hat.

Eine Gegenüberstellung der Jahrgänge 1950-52 und 1958-60 ergibt erwartungsgemäß zwei völlig verschiedene Kurven. Während in den ersten Jahren der Begutachtung der Schwerpunkt auf einer Schadensdauer von einem Jahr liegt, verschiebt sich der Gipfel der Schadensdauerkurve in den Jahren 1958-60 auf 5 Jahre Verfolgung.

Bringen wir auch hier wieder Schadensdauer und Ablehnung in ein Verhältnis zueinander.

Darstellung Nr. 7 (nach Tabelle Nr. 7) zeigt uns die Anzahl der Ablehnungen in den verschiedenen Jahren von Schadensdauer zugleich mit der Verteilung des Gesamtmaterials. Beide Kurven laufen annähernd parallel. Das prozentuale Verhältnis jedoch zeigt (s. Darstellung Nr. 8 mit Tabelle Nr. 7), daß bei einer Schadensdauer von 4-5 Jahren sowie 10 Jahren die Ablehnung ca 10 % unter dem allgemeinen Durchschnitt der Ablehnungen liegt, während eine kurzdauernde Belastung (s. 0 Jahre), d.h. Mißhandlung, Verletzung, seelischer Stress o.ä., eine etwa 12 %ige höhere Ablehnungsquote aufweist.

Ob man hieraus allerdings schon wichtige Schlußfolgerungen ziehen kann, soll dahingestellt bleiben. Wir möchten eher annehmen, daß ein gesundheitlicher Schaden durch nationalsozialistische Inhaftierung oder Verfolgung unabhängig von der Dauer dieser Belastung ist.

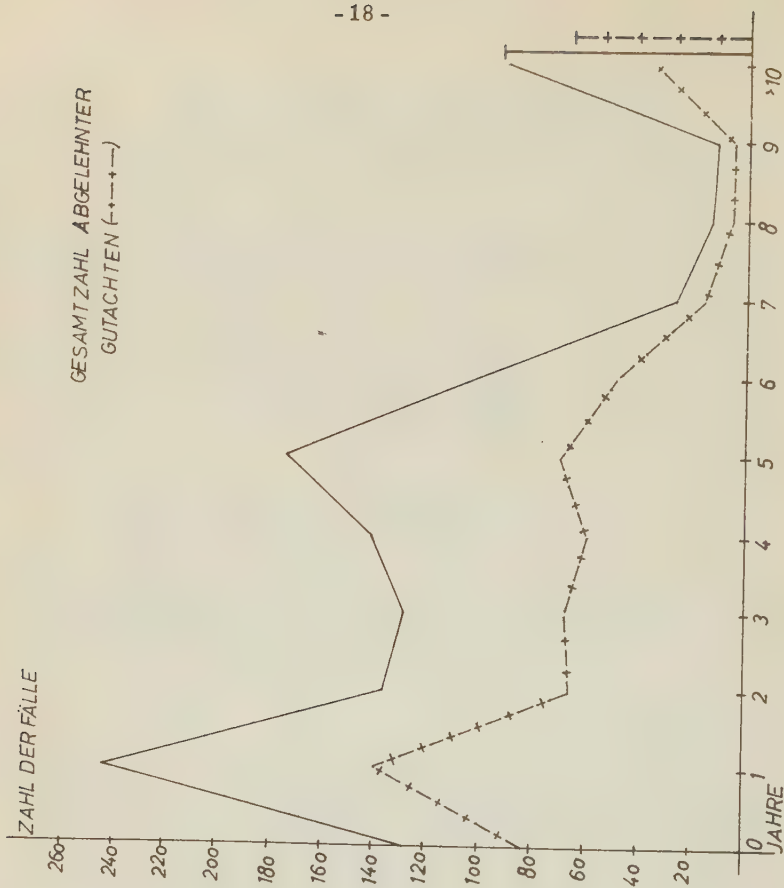


Tabelle Nr. 7

SD:	Ges.	Ø GA	Ø GA in %
0 J.	129 (15)	83 (6)	64,3
1 J.	243	141	58,0
2 J.	136	66	48,5
3 J.	127	67	52,8
4 J.	142	60	42,3
5 J.	176	70	39,8
6 J.	103	49	47,6
7 J.	27	15	55,5
8 J.	13	6	46,2
9 J.	12	6	50,0
10 J.	90	35	38,9
Ø A	93	67	72,1

Legende zu Abb. 7 und Tab. 7 s. S. 17



Legende zu Abb. 8 nach Tab. 7 s. S. 17

IV. Spezielle Auswertungsergebnisse der Entschädigungsgutachten

1.) Auswertung anerkannter Gutachten:

Von unseren 1276 Entschädigungsgutachten wurden 617 = 48,3 % anerkannt, d.h. ein Zusammenhang der geklagten Beschwerden bzw. verifizierten Befunde mit der Verfolgung konnte wahrscheinlich gemacht werden. Diese Gutachten sollen jetzt gesondert betrachtet werden.

Die graphische Darstellung Nr. 9 (nach Tabelle Nr. 8) zeigt uns die Verteilung der als Schadensfolge anerkannten Krankheiten, die in folgenden Gruppen zusammengefaßt wurden:

- I. Herz: Muskelerkrankungen, Klappenfehler, Rhythmusstörungen
- II. Gefäßleiden; Hypertonie
- III. Lungen-Tbc
- IV. sonstige Lungenerkrankungen: Asthma bronch., Emphysem, Bronchitis, Staublunge
- V. Magen- und Darmerkrankungen: Ulcus, Entzündung
- VI. Leber- und Gallekrankheiten
- VII. vegetative und endocrine Störungen
- VIII. psychische Störungen: Psychosen, funktionelle Zustandsbilder
- IX. WS und Gelenke: entzündliche und degenerative Erkrankungen
- X. ZNS und peripheres Nervensystem: entzündliche, degenerative und traumatische Erkrankungen
- XI. Zustand nach verschiedenen Gewalteinwirkungen: Mißhandlungen, Erfrierung/Verletzung, Vergewaltigung, therapeut. Eingriffe
- XII. Sonstiges: Zahnerkrankungen und -verlust, HNO-Krankheiten, Augenkrankheiten, gynäkologische Krankheiten, Nierenerkrankungen

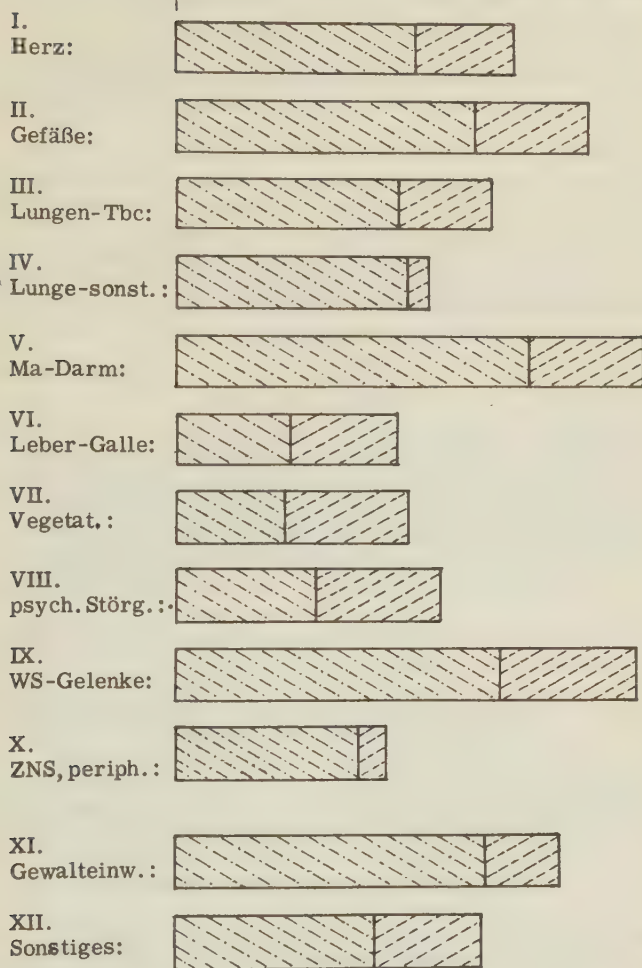


Tabelle Nr. 8

Gruppe	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Ges.	64	78	60	48	88	42	44	50	88	40	73	58
♂	45	56	50	43	65	21	20	26	62	35	59	38
♀	19	22	10	5	23	21	24	24	26	5	14	20

Legende zu Abb. 9 und Tab. 8 s. S. 20 ff.

Die höhere Anzahl der Diagnosen gegenüber der Zahl der anerkannten Gutachten beruht auf der Tatsache, daß bei vielen Begutachteten mehrere Krankheiten als Schadensfolge anerkannt wurden.

Diese Graphik ist in folgenden Punkten aufschlußreich:

(die Gruppe XII "Sonstiges" bleibt bei dieser Betrachtung unberücksichtigt, da die Krankheiten dieser Gruppe meist als Zweitkrankheit auftraten und im Rahmen unserer Auswertung uninteressant sind)

1.) Die Häufigkeit der einzelnen Diagnosen:

Wir finden in unserer Aufstellung vier ausgesprochene Schwerpunkte von Krankheitsfällen, die auch den allgemeinen klinischen Erfahrungen entsprechen: Herz- und Gefäßerkrankungen sowie Hypertonie, Erkrankungen im Magen-Darmbereich und krankhafte Befunde der Wirbelsäule und Gelenke (daß Zustände nach Gewalteinwirkungen ebenfalls häufig auftreten, ist bei Berücksichtigung der Umstände, unter denen unsere Patienten leben mußten, nicht weiter auffällig).

Die Gruppen II, V und IX werden wir später noch eingehender betrachten.

Die Fälle von aktiver oder inaktiver Lungentuberculose, die eine Minderung der Erwerbsfähigkeit im Sinne der Entstehung erfordern, betragen 4,7 % der Gesamtzahl unserer untersuchten Personen. Mit diesem Ergebnis liegen wir im Rahmen der durchschnittlichen Tuberculosemorbidity in einem so speziell ausgewählten Personenkreis. Larsen z.B. fand bei der Untersuchung von 1300 ehemaligen KZ-Häftlingen - 5 Jahre nach ihrer Entlassung - $53 = 4,1\%$ an Lungentuberculose erkrankte Personen, deren Erkrankung in einem ursächlichen Zusammenhang mit ihrer KZ-Haft stand (zitiert von Heim, Tönsheide).

Ein Vergleich mit der Tuberculosemorbidity in normalen Zeiten gibt folgende Angabe: in der Schweiz beträgt die konstante Tuberculosemorbidity in einem Versicherungskollektiv der Krankenkassen 2,75 %. Ein zweiter Vergleich: im Jahre 1951 wurden in Deutschland 886 Fälle von Tuberculosekranken auf 100 000 Einwohner gezählt, das wären ca 9 Tuberculosekranke pro 1000 Einwohner. Wir haben - allerdings in einem Zeitraum von 11 Jahren - 60 Tuberculosekranke bei 1276 untersuchten Personen gefunden (vergl. Ott, Epidemiologie der Tuberculose).

Berücksichtigt man nun die allgemein bekannte überdurchschnittliche Resistenz der Israeliten (der größte Teil der KZ-Häftlinge waren ja bekanntlich Juden) gegenüber der Tuberculose, so zeigt uns der hohe Anteil von Lungentuberculosen, die fünf bis fünfzehn Jahre nach Beendigung der Inhaftierung als Schadensfolge anerkannt werden mußten, ebenfalls den begünstigenden Einfluß, den Mangelernährung, schwere körperliche und seelische Belastung sowie unzureichende hygienische Verhältnisse und mangelnde ärztliche Betreuung auf die Entstehung dieser Krankheit haben.

Eine vergleichende Betrachtung der übrigen Krankheitsgruppen erscheint wenig sinnvoll, da die Angaben über die Morbidity in der Li-

teratur einerseits unzureichend sind, zum anderen einer großen Schwankungsbreite unterliegen, wie das z. B. für Asthma bronchiale innerhalb "normaler Populationen" der Fall ist: von 1,01 % (Schwartz 1952) über 9,0 % (Balyeat 1930) bis 19,0 % (Ratner 1951).

Auffallend ist mit 10 Fällen der geringe Anteil der Nieren- und Blasenerkrankungen, weshalb sie auch nicht in einer gesonderten Gruppe aufgeführt wurden.

Psychische Störungen wurden im Rahmen unserer Begutachtung auf Grund einer Zusatzbegutachtung in der Universitätsnervenklinik München bewertet, so daß auch diese Gruppe nicht zum Vergleich mit anderen Angaben herangezogen werden kann.

2.) Das Verhältnis der beiden Geschlechter zueinander:

Auch in der Gesamtzahl der Diagnosen entspricht das Verhältnis männlich/weiblich mit 520:213 = 2,5:1 demjenigen des Gesamtmaterials.

Dieses Verhältnis ist aber innerhalb der einzelnen Krankheitsgruppen unterschiedlich (s. wieder Darstellung Nr. 9 und Tabelle Nr. 8).

Ins Auge fallen sofort drei Gruppen (VI, VII, VIII), in denen der männliche und weibliche Anteil annähernd 1:1 ist: Leber- und Galleerkrankungen, vegetative und endocrine Störungen sowie psychische Störungen. Wir hätten bei diesen Krankheiten eher ein Überwiegen des weiblichen Anteiles erwartet. Um aber zu entscheiden, ob Frauen bei außergewöhnlichen Belastungen für diese Krankheiten anfälliger sind, müßte man unter denselben Bedingungen ein Material auswerten können, in dem die gleiche Anzahl von männlichen und weiblichen Personen vorhanden ist.

Auffallend niedrig ist die Zahl der Frauen bei Lungenerkrankungen (Gruppe III und IV) sowie Erkrankungen des ZNS zusammen mit dem peripheren Nervensystem (Gruppe X):

Gruppe III und IV: männlich/weiblich = 93:15 6:1

Gruppe X: männlich/weiblich = 35:5 7:1

Bei den Magen-Darm-Erkrankungen (Gruppe V) entspricht das Verhältnis männlich/weiblich - 3:1 (65:23) den allgemeinen klinischen Erfahrungen (vergl. Angabe von Petersen - Greifswald für Magenulcus: männlich/weiblich 1930-44 = 4:1, 1945-51 = 3:1).

Bei Herz- und Gefäßerkrankungen mit Hypertonie (Gruppe I und II) sowie krankhaften Wirbelsäulen- und Gelenkbefunden (Gruppe X) haben wir wieder ein Verhältnis männlich/weiblich annähernd wie im Gesamtmaterial, während das Verhältnis männlich/weiblich 59:14 = 4:1 in der Gruppe XI rückschließen läßt, daß Frauen im allgemeinen nicht so häufig Gewalteinwirkungen ausgesetzt waren wie Männer.

Wie hoch wurden nun unsere als Schadensfolge (SF) anerkannten Krankheiten bezüglich ihrer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) eingestuft? Darstellung Nr. 10 (nach Tabelle Nr. 9) gibt uns Auskunft darüber.

Wir sehen, daß der Hauptteil unserer Gutachtenpatienten eine MdE in Höhe von 10 % bis 50 % als Schadensfolge aufweist: 505 Gutachten =

81,9 %. Nur bei 91 Personen (= 14,8 % aller anerkannten Gutachten) konnte eine Schadensfolge über 50 % Minderung der Erwerbsfähigkeit anerkannt werden, ein Beweis, daß schwere Dauerschäden auch nach jahrelanger körperlicher und seelischer Belastung nicht so häufig sind, wie allgemein angenommen wird.

145 Gutachten = 23,5 % liegen unter 20 % Schadensfolge, d. h. unter einer rentenpflichtigen Minderung der Erwerbsfähigkeit (diese Gutachten wurden auch in der Darstellung Nr. 9 nicht mit ausgewertet), so daß von unseren 1276 Begutachteten 472 Personen (= 37 %) eine finanzielle Entschädigung aufgrund eines Schadens an Körper und Gesundheit nach nationalsozialistischer Verfolgung erhalten haben.

Bei der Festsetzung der MdE spielt im Gutachten noch die Frage eine Rolle, ob eine Krankheit "im Sinne der Entstehung" (E) oder "im Sinne einmaliger" bzw. "richtungsgebender Verschlimmerung" (V) anerkannt werden muß.

Unter unseren 617 anerkannten Gutachten fanden wir 332 = 53,8 % "im Sinne der Entstehung" und 275 = 44,6 % "im Sinne der Verschlimmerung" anerkannte Fälle (sowie 10 Gutachten = 1,6 % ohne Angabe) - s. Darstellung Nr. 11.

Es ergibt sich demnach ein ca 10 %iger höherer Anteil von Begutachteten, bei denen der gesundheitliche Schaden erstmals während der Verfolgung aufgetreten ist - und das bei einem hauptsächlichen Schadensalter vom 30. bis 50. Lebensjahr (vergl. Darstellung Nr. 4 - S. 13).

DARSTELLUNG NR. 10

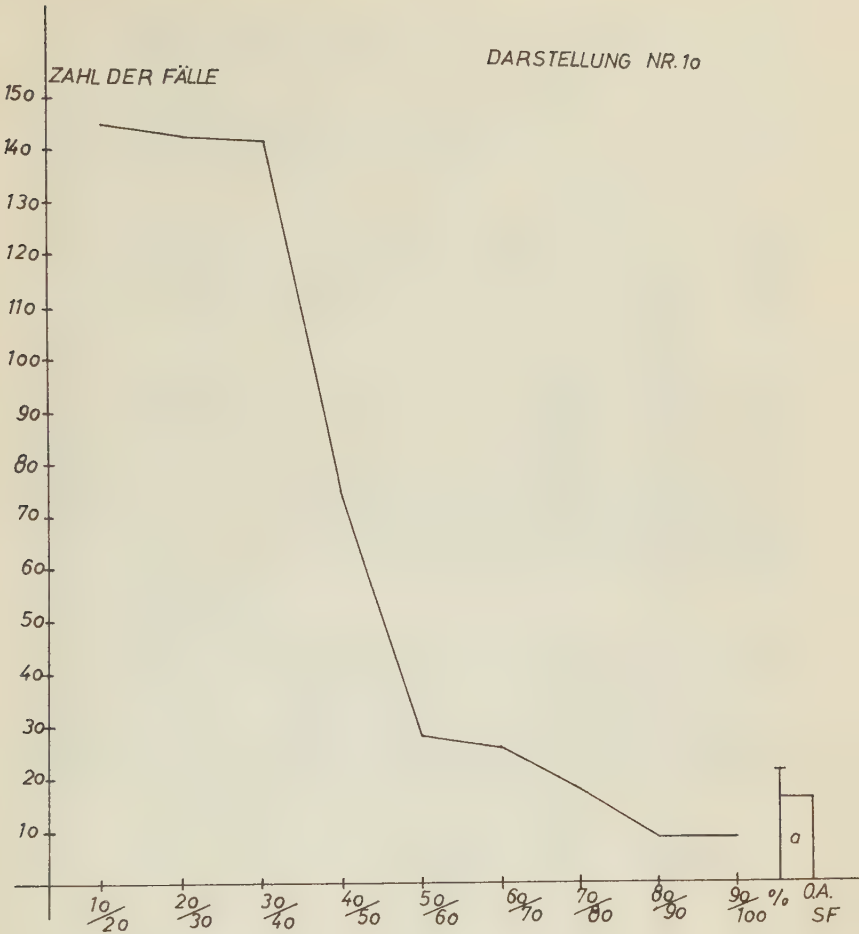
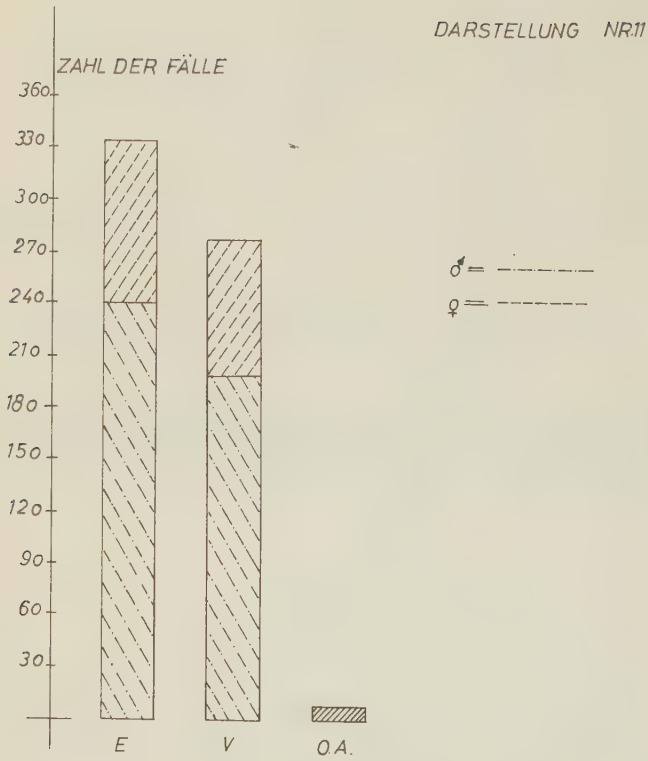


Tabelle Nr. 9

SF:	10/20	20/30	30/40	40/50	50/60	60/70	70/80	80/90	90/100	o. A. + a
Sa:	145	143	142	75	29	26	18	9	9	21
										a=16
%:	23,5	23,2	23,0	12,2	4,7	4,2	2,9	1,5	1,5	3,4

Legende zu Abb. 10 und Tab. 9 s. S. 23



2.) Gefäßkrankheiten/Hypertonie, Magen-Darm-Erkrankungen
sowie WS- und Gelenkschäden im Vergleich (Gesamtmaterial):

In der Darstellung Nr. 9 (s. S. 21) fanden wir drei Krankheitsgruppen am häufigsten vertreten: Gefäßkrankheiten mit Hochdruck, Magen-Darm-Erkrankungen sowie krankhafte WS- und Gelenkveränderungen. Diese drei Gruppen wollen wir jetzt gesondert betrachten.

Als erstes fragen wir nach der Zahl dieser Krankheiten im Gesamtmaterial: Magen-Darm-Erkrankungen fanden wir bei 301 Begutachteten (=23,6 %), pathologische WS- und Gelenkveränderungen bei 434 (= 34 %) und Gefäßveränderungen (vorwiegend arteriosklerotisch) sowie Hypertonie bei 419 Begutachteten (= 32,8 %). Die graphische Darstellung Nr. 12 gibt diese Verteilung eindrucksvoller wieder.

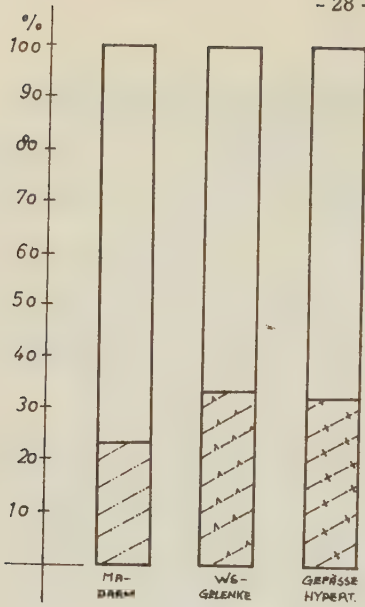
Vergleichen wir diese prozentuale Verteilung der Krankheiten mit dem hauptsächlichsten Lebensalter unserer Patienten (wir verschieben die Schadensalterkurve - Darstellung Nr. 4, S. 13 - um 5 bis 15 Jahre nach rechts, da der Schaden ja z. Zt. der Begutachtung um diese Jahre in annähernd 100 % der Fälle zurückliegt) von 30 bis 60 Jahren, so liegen unsere Werte im Rahmen der allgemeinen Krankheitshäufigkeit, bei arteriosklerotischen Gefäßveränderungen eher etwas unter dem Durchschnitt (vergl. z.B. Rössle 1919 - Coronarsklerose in deutschem Sektionsmaterial des 1. Weltkrieges: 15-20 Jahre bei 10,6 %, 45-50 Jahre bei 50 %).

Ergänzend noch das Verhältnis männlich/weiblich in den einzelnen Krankheitsgruppen, das jedoch keine neuen Gesichtspunkte ergibt:

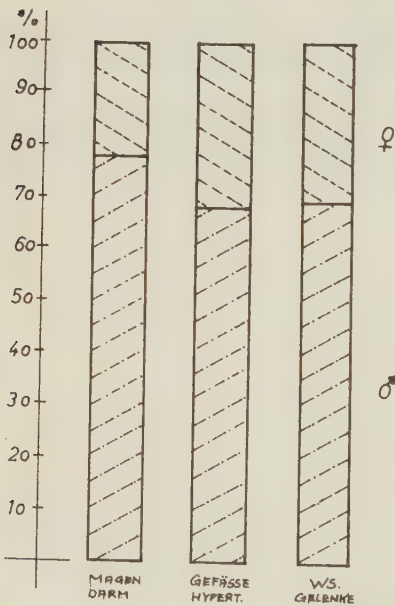
Magen-Darm:	männlich = 234 (77,7 %), weiblich = 67 (22,3 %)
Gefäße-Hypertonie:	männlich = 286 (68,3 %), weiblich = 133 (31,7 %)
WS-Gelenke:	männlich = 299 (68,9 %), weiblich = 135 (31,1 %)

(vergl. auch Darstellung Nr. 13)

DARSTELLUNG NR.12



DARSTELLUNG NR.13



Unsere drei eingehender betrachtete Krankheitsgruppen werden dem Komplex der sogen. "anlagebedingten" Krankheiten zugeordnet, d. h. daß sich Symptome dieser Krankheiten auch unter normalen Bedingungen mit zunehmendem Lebensalter in einem konstanten Prozentsatz manifestieren. Es ergibt sich also bei der Begutachtung die Schwierigkeit, die Belastung - in unserem Fall die unmenschlichen Verhältnisse in den Konzentrationslagern bzw. die sonstigen üblichen Verfolungsmaßnahmen des nationalsozialistischen Regimes - in ihrer Auswirkung auf diese Krankheiten gerecht zu beurteilen.

Darstellung Nr. 14 (nach Tabelle Nr. 10) zeigt, daß in den Jahrgängen 1950 bis 1960, d. h. mit steigendem Lebensalter, auch diese Krankheiten in ihrer absoluten und prozentualen Häufigkeit zunehmen. Noch eindrucksvoller zeigt uns die Gegenüberstellung der Jahrgänge 1950-52 und 1958-60 die Zunahme dieser Krankheiten (s. Darstellung Nr. 15 mit Tabelle Nr. 11).

Wie wurden nun in unserem Gutachtenmaterial diese Krankheiten in ihrem ursächlichen Zusammenhang mit der Belastung beurteilt?

Die graphische Darstellung Nr. 16 zeigt uns das Verhältnis der abgelehnten zu den anerkannten Gutachten in den einzelnen Krankheitsgruppen:

Magen-Darm:	Ø Fälle = 213 = 70,8 %
Gefäße-Hypertonie:	Ø Fälle = 341 = 81,4 %
WS-Gelenke:	Ø Fälle = 346 = 79,7 %

Im Vergleich zum Gesamtmaterial liegen bei allen drei Krankheitsgruppen die Ablehnungen 20-30 % höher.

In der graphischen Darstellung Nr. 15 (mit Tabelle Nr. 11) haben wir die Jahrgänge 1950-52 und 1958-60 auch mit dem Verhältnis Ablehnung/Anerkennung in unseren drei Krankheitsgruppen gegenübergestellt. Bei dieser Gegenüberstellung fällt auf, daß sich die Ablehnungen - bei einer Zeitspanne von 6 bis 8 Jahren - bei den Gefäßerkrankungen (mit Hypertonie) um ca 43 % erhöht haben, während sie bei Magen-Darm-Erkrankungen sowie Wirbelsäulen- und Gelenkveränderungen nur um 6 % bzw. 3 % angestiegen sind.

DARSTELLUNG NR. 14

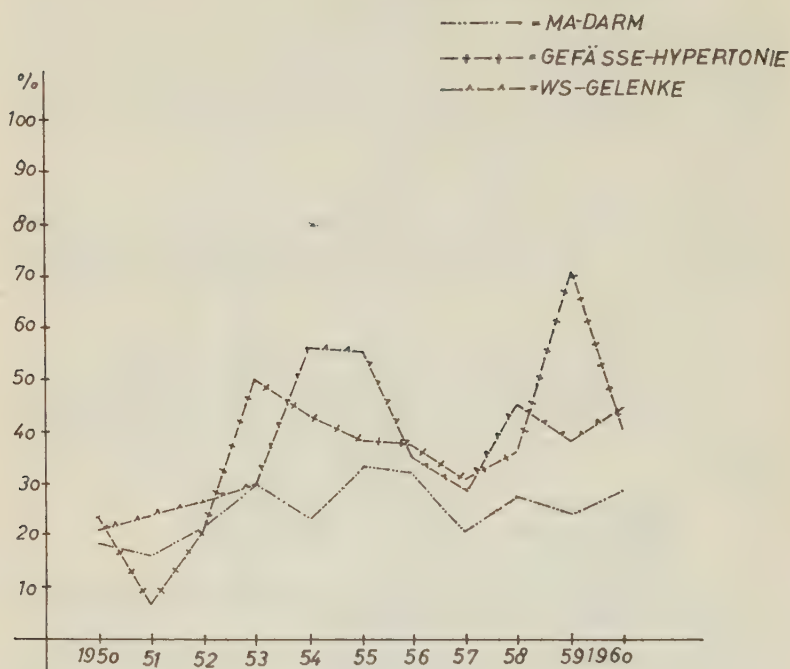


Tabelle Nr. 10

Jahr	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960
Ges.	179	238	53	10	25	38	63	120	160	165	225
Magen											
Darm	33	37	11	3	6	13	21	31	43	39	64
%	18,4	15,5	20,8	30,0	24,0	34,2	33,3	20,5	26,9	23,6	28,4
Gefäße											
Hyp.	39	16	11	5	11	14	23	35	59	117	89
%	21,8	6,7	20,8	50,0	43,0	37,7	36,5	29,8	36,8	70,9	39,6
WS											
Gel.	38	56	14	3	14	21	22	34	71	62	99
%	21,2	23,5	26,4	30,0	56,0	55,3	34,9	28,3	44,4	37,6	44,0

Legende zu Abb. 14 und Tab. 10 s. S. 29

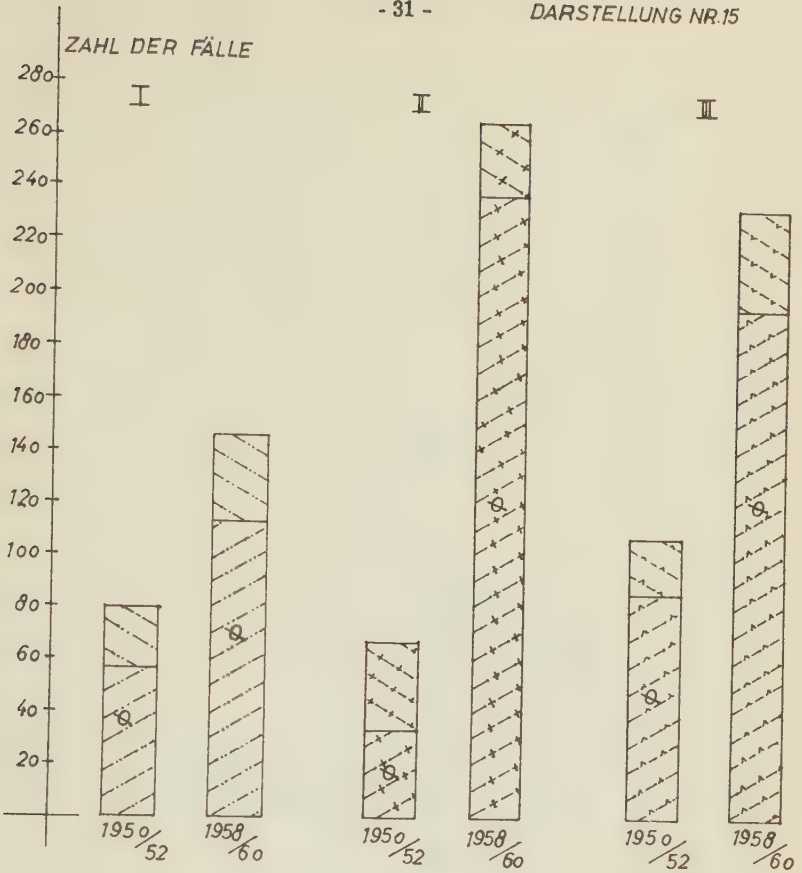
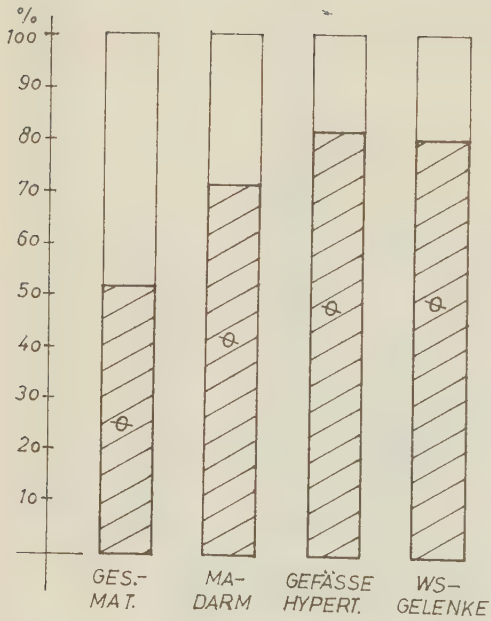


Tabelle Nr. 11

	1950-52	1958-60
I. <u>Magen-Darm:</u>		
Ges. -zahl	81	146
Ø Fälle	57 = 70,4 %	112 = 76,7 %
II. <u>Gefäße/Hypertonie:</u>		
Ges. -zahl	66	265
Ø Fälle	31 = 47,0 %	238 = 89,8 %
III. <u>WS/Gelenke:</u>		
Ges. -zahl	108	232
Ø Fälle	87 = 80,6 %	194 = 83,6 %

DARSTELLUNG NR.16



Legende zu Abb. 16 s. S. 29

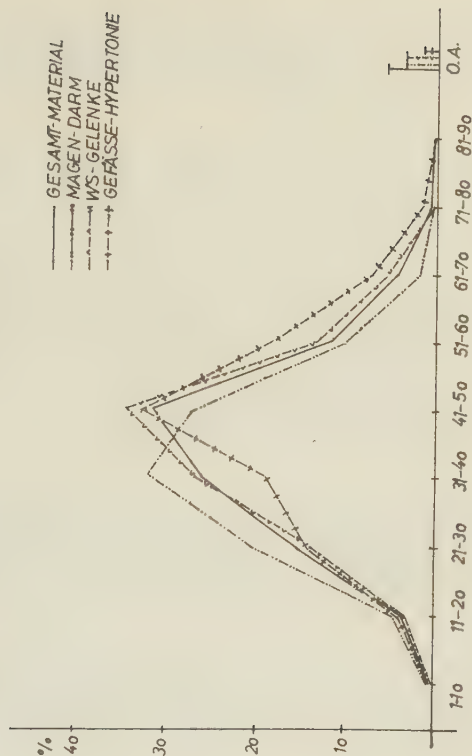
Tabelle Nr. 12

(Angabe in %)

SchA	Magen		Gefäße		WS		Ges. zahl
	Darm		Hyp.	Gel.	Gel.		
0-10	0,7		0,5		0,2		0,5
10-20	4,3		2,9		2,07		3,7
20-30	20,6		14,1		13,8		15,6
30-40	31,9		19,3		26,5		25,8
40-50	26,9		33,2		34,3		31,5
50-60	10,0		18,1		13,4		12,6
60-70	1,7		8,35		5,5		4,1
70-80	0,3		1,4		0,2		0,6
80-90	0		0,2		0,2		0,1
O. A.	3,6		1,9		3,7		5,5

Legende zu Abb. 17 und Tab. 12
s. S. 34

DARSTELLUNG NR. 17



"Anlagebedingte" Krankheiten manifestieren sich unter normalen Lebensbedingungen in einem bestimmten Lebensalter. Wie stark beeinflussen außergewöhnliche Umstände oder Belastungen diese Erkenntnis? Um die Frage für unseren Personenkreis beantworten zu können, befassen wir uns zunächst mit dem Alter, in dem unsere Patienten dem Schaden bzw. der Belastung ausgesetzt waren.

Darstellung Nr. 17 (zusammen mit Tabelle Nr. 12) zeigt uns die prozentuale Verteilung des Schadensalters in den drei Krankheitsgruppen im Vergleich zur Schadensalterkurve des Gesamtmaterials.

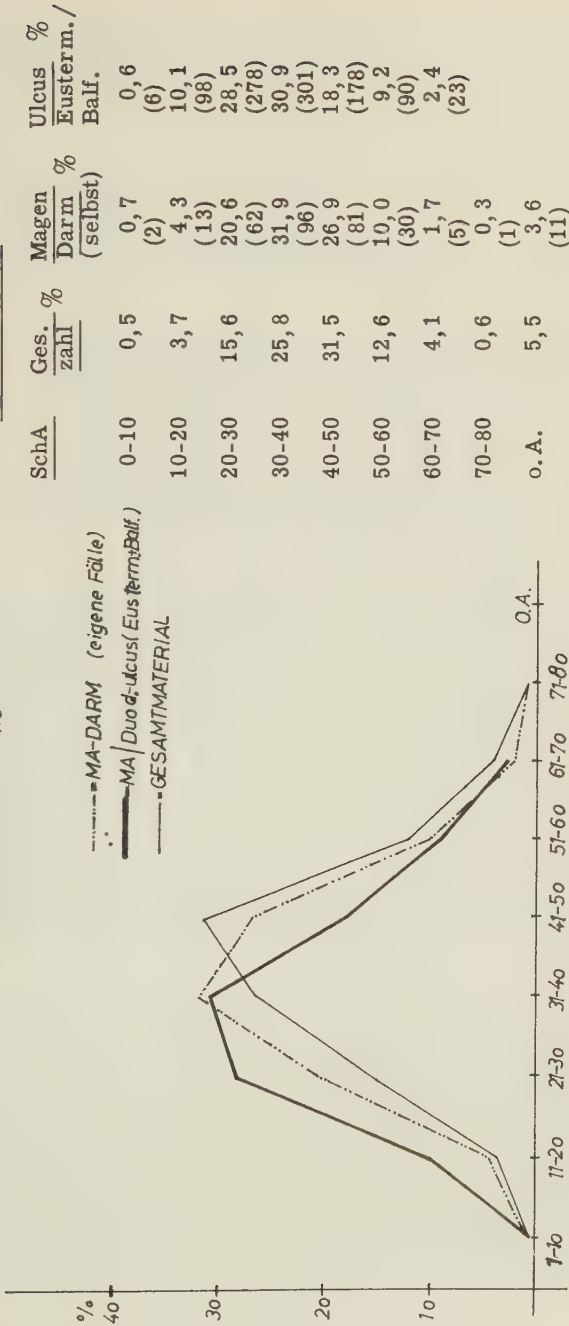
Während die Schadensalterkurve bei Wirbelsäulen- und Gelenkschäden mit einem etwas stärker ausgeprägten Höhepunkt der Kurve des Gesamtmaterials entspricht, verschieben sich die Kurven bei Magen-Darm-Erkrankungen bzw. Gefäßkrankheiten mit Hypertonie mit ihren Schwerpunkten nach links bzw. nach rechts, d. h. die Personen, die bei der Begutachtung im Magen-Darmbereich erkrankt waren bzw. pathologische Gefäßveränderungen aufwiesen, waren z. Zt. der Belastung durchschnittlich 10 bis 20 jünger bzw. älter als die übrigen Verfolgten.

Setzen wir jetzt Schädigungsalter gleich Manifestationsalter dieser Krankheiten (dazu berechtigen uns die Angaben der Begutachteten, die ihre ersten Beschwerden in den meisten Fällen in ihre Verfolgungszeit projizieren), so ergeben sich interessante Abweichungen beim Vergleich mit statistischen Auswertungen eines normalen Durchschnittskrankengutes.

Am einfachsten ist dieser Vergleich für Magen-Darm-Erkrankungen, da von Eusterman und Balfour 1936 eine Übersicht über den Beschwerdebeginn bei 974 Magen- und Duodenalulcera veröffentlicht wurde, die - wie in unserem Material - in Dezennien aufgegliedert wurde.

DARSTELLUNG NR. 18

Tabelle Nr. 13



Legende zu Abb. 18 und Tab. 13 s. S. 36

In Darstellung Nr. 18 (mit Tabelle Nr. 13) sind die prozentuale Verteilung dieser o. a. Übersicht, unsere eigenen Werte in dieser Krankheitsgruppe sowie zum Vergleich die Gesamtschadensalterkurve unseres Materials eingezeichnet. Wir erhalten drei Kurven, deren Verlauf einen wichtigen Rückschluß zuläßt.

Während unter normalen Bedingungen (s. Eusterman-Balfour) der Schwerpunkt der Manifestation eines Ulcus ventriculi bzw. duodeni zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr liegt, verschiebt sich bei unseren Patienten, die einer Belastung ausgesetzt waren, der angegebene Beschwerdebeginn in das 30. bis 50. Lebensjahr, d. h. in Richtung des durchschnittlichen Schadensalters.

Man könnte dieses Ergebnis entweder als erneuten Beweis ansehen, daß Beschwerden und Symptome von Seiten des Patienten zumeist auf ein bestimmtes Ereignis zeitlich fixiert werden, oder dafür, daß sich eine latente Krankheitsbereitschaft inf. außergewöhnlicher Belastung auch in einem höheren Lebensalter manifestieren kann.

Da für die von uns zu einer Gruppe zusammengefaßten Krankheiten "Gefäßerkrankungen und Hypertonie" ein vergleichbares Material nicht existiert, greifen wir aus dieser Gruppe die Hypertonie zum Vergleich - stellvertretend für die gesamte Krankheitsgruppe - heraus.

Als 1. Vergleich dient uns eine Angabe von Schettler, der bei der Auswertung von ca 4000 Fällen essentieller Hypertonie (1990 Fälle aus Marburger und Bad Orber Krankengut, 889 Fälle nach Sebastiani, 1074 Fälle nach Bürger) einen "absoluten Häufigkeitsgipfel" zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr fand. Bei unseren Hypertonikern liegt dieser Gipfel zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr (vergl. Tabelle Nr. 12) - das ist also wieder eine Verschiebung in Richtung des durchschnittlichen Schadensalters. Das trifft auch für die von uns als Schadensfolge anerkannten Fälle von Hypertonie zu. Leider ist dieser Angabe kein aufgliederter Zahlenmaterial beigelegt. Dieses findet sich - allerdings mit etwas anderer Fragestellung - bei Wollheim.

Er hat die "Häufigkeit der Hypertonie (bei ihm: Blutdruck über 140 mm Hg systolisch) in verschiedenen Altersstufen bei Patienten der Würzburger Medizinischen Universitätsklinik in den Jahren 1947 bis 1952" untersucht. Diese Altersstufen umfaßten nur das 50. bis 80. Lebensjahr.

Darstellung Nr. 19 (mit Tabelle Nr. 14) zeigt uns, daß bis zum 40. Lebensjahr bei unseren Patienten, die immerhin einen längeren Zeitraum außergewöhnlichen Belastungen ausgesetzt waren, die Zahl der Hypertoniker unter 10 % liegt. Die Zunahme der Hypertonie mit steigendem Lebensalter finden wir - ebenso wie in einem Durchschnitts-krankengut - auch bei unserem ausgewählten Personenkreis. Überraschend ist allerdings, daß der Anteil der Hypertoniker vom 50. bis 80. Lebensjahr unter unseren Patienten um 5 bis 25 % unter dem des Würzburger Patientenkreises liegt. Das könnte als erneuter Beweis angesehen werden, daß z. B. Mangelernährung eine Hypertonie eher verhindert als begünstigt.

DARSTELLUNG NR. 19

%

60

50

40

30

20

10

0

10

20

30

40

50

60

70

80

SCH A

EIGENES MATERIAL —
WOLLHEIM = - - - -

Tabelle Nr. 14

SchA	eigen. Mat. Ges.-zahl	Hypert. %	Wollheim Ges.-zahl	Hypert. %
0-10				
10-20	47	6,4		
20-30	199	6,5		
30-40	329	7,9		
40-50	402	16,4		
50-60	161	25,5	2015	30,2
60-70	52	21,2	1350	45,9
70-80 J.	8	37,0	418	54,4

Legende zu Abb. 19 und Tab. 14 s. S. 36

Eine ausführliche Betrachtung der Altersverhältnisse bei WS- und Gelenkerkrankungen in diesem Personenkreis findet sich in der I. -D. von Hausdörfer, München 1963, s. d.

3.) Tod als Schadensfolge:

65 = 5,1 % aller Entschädigungsgutachten wurden nach dem Tode des Geschädigten erstellt. Es sollte entschieden werden, ob der Tod des ehemals Verfolgten mit seiner Belastung in einem ursächlichen Zusammenhang steht.

In 49 Fällen = 75,4 % mußte diese Frage verneint werden, d. h. nur jedes 4. Gutachten wurde anerkannt, während es im Gesamtmaterial jedes 2. Gutachten war. Diese Diskrepanz der Relationen zwischen dem Gesamtmaterial und dieser Gutachtengruppe deutet die Problematik an, die der Frage "Ist der Tod eine Schadensfolge?" zugrunde liegt.

Der medizinische Laie neigt allzuleicht dazu, Krankheit oder Tod auf eindrucksvolle Ereignisse oder außergewöhnliche äußerliche Umstände zurückzuführen. Die folgenden Untersuchungen zeigen, warum der ärztliche Gutachter - in unserem Fall die II. Medizinische Klinik München - die angeschuldigten Verfolgungsmaßnahmen nicht als Todesursache anerkennen konnte.

Die graphische Darstellung Nr. 20 zeigt ein sprunghaftes Ansteigen dieser Gutachten von 5 in den Jahren 1950 bis 1955 auf 60 in der Zeit 1956 bis 1960. Parallel damit steigt die Zahl der abgelehnten Gutachten steil an: von 2 = 40 % (1950 bis 1955) auf 47 = 78,3 % (1956 bis 1960). Die Ablehnungsquote dieser Gutachtengruppe liegt demnach in den Jahren 1956 bis 1960 um ca 25 % höher als die des Gesamtmaterials im gleichen Zeitraum (vergl. Darstellung Nr. 21).

Ein Vergleich der Zeitspanne, die zwischen dem Ende der Belastung und dem Tod liegt, bei anerkannten (+ GA) sowie abgelehnten (Ø GA) Gutachten:

	<u>+ GA</u>	<u>Ø GA</u>
0 bis 5 Jahre	8	6
mehr als 5 Jahre	8	43

zeigt uns, daß der Hauptteil (2/3) der Gutachten abgelehnt wurde, bei denen der Tod fünf und mehr Jahre nach der Belastung eintrat.

In Tabelle Nr. 15 haben wir die Todesursachen bei abgelehnten und anerkannten Gutachten gegenübergestellt. Der hohe Anteil von Herz- und Kreislaufversagen sowie malignen Tumoren bei den abgelehnten Gutachten unterstreicht ebenfalls den Grund für die hohe Ablehnungsquote.

Nur in 16 Fällen = 24,6 % konnten wir den Zusammenhang des Todes mit der Verfolgung bejahen.

7 Todesursachen mußten "im Sinne der Entstehung" anerkannt werden: dreimal führte eine als Schadensfolge anerkannte Lungentuberculose zum Tode (miliare Aussaat; braune Atrophie des Herzens inf. chronischer Lungen-Tbc; fortschreitende Lungen-Tbc mit Resektion der rechten Lunge). In drei Fällen war eine chronische Nierenerkrankung (chronische Cystopyelitis; chronische Glomerulonephritis; chronische Pyelonephritis) und einmal eine Lebercirrhose (nach Dystrophie)

DARSTELLUNG NR. 21

GES.-Z. Ø

GESAMTMAT. 733 379

POSTMORT. 60 47 = 51,7%

= 78,3%

1956-1960 *

DARSTELLUNG NR. 20

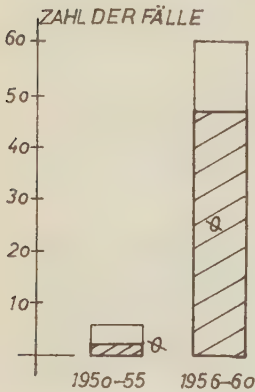
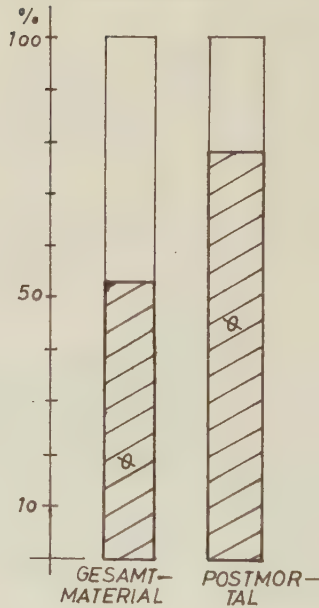


Tabelle Nr. 15



Todesursachen:

Herzinfarkt
 Apoplexie, Lungenembolie
 Herz- und Kreislaufversagen
 maligne Tumoren
 Nierenversagen - Urämie
 Leberversagen
 Tbc
 Infekte, Anämie

Ø GA:

10
 5
 16
 10
 2
 1
 5

+ GA:

6
 1
 4
 1
 4

Legende zu Abb. 20 und 21 s. S. 39

Legende zu Tab. 15 s. S. 39

die Grundkrankheit, die letztlich den Tod herbeiführte.

Den Tod "im Sinne der Verschlimmerung" als Schadensfolge anzuerkennen, verlangt, daß " das Leben des X mit größter Wahrscheinlichkeit durch die Belastung (Haft, Verfolgung o. ä.) um mindestens 1 Jahr verkürzt" wurde. Dieser Forderung konnten wir in 9 Fällen gerecht werden.

Sechsmal führte ein Herzinfarkt inf. der Belastung zum Tode. Vier Begutachtete waren z. Zt. der Belastung über 60 Jahre, zwei über 50 Jahre alt. Ihr Tod erfolgte in vier Fällen unmittelbar nach einer schweren seelischen Belastung. In zwei Fällen war die Verschlimmerung der bestehenden Coronarsklerose inf. schwerer körperlicher und seelischer Belastung bei dem hohen Schadensalter so gravierend, daß der Tod 8 bzw. 11 Jahre nach der Belastung noch auf diese zurückgeführt werden mußte.

Bei den übrigen drei Gutachten handelte es sich um:

1.) ein Herzversagen bei essentieller Hypertonie, Verschlimmerung durch eine Lungentuberculose, die als Schadensfolge anerkannt war,

2.) eine Nephrose mit einem schweren Herzmuskelschaden, Verschlimmerung durch zweieinhalb Jahre KZ-Haft,

3.) ein Magen-Carzinom nach chronischem Ulcus ventriculi et duodeni, an dessen Folgen der Betroffene drei Jahre nach dreijähriger KZ-Haft verstarb - auch hier mußte die Verschlimmerung durch die Belastung anerkannt werden.

Abschließend sei noch auf das Verhältnis männlich/weiblich in dieser Gutachtengruppe hingewiesen. Wir haben unter unseren 65 nach dem Tode erstellten Gutachten nur 3 Frauen, das sind 4,6 %. Dieses Mißverhältnis ist wahrscheinlich begründet durch die Tatsache, daß Frauen, die die nationalsozialistische Verfolgung überstanden haben, größtenteils keine Angehörigen mehr haben, die im Todesfall auf eine Entschädigung Anspruch hätten.

V. Zusammenfassung

Diese Arbeit hatte das Ziel, an Hand von 1276 Entschädigungsgutachten zu untersuchen, welche gesundheitlichen Störungen fünf bis fünfzehn Jahre nach dem Ende der nationalsozialistischen Verfolgung vom fachärztlichen Gutachter (in unserem Fall die II. Medizinische Klinik München bzw. die Medizinische Klinik Düsseldorf) noch auf diese Belastung zurückgeführt werden. Außerdem untersuchten wir die Verhältnisse innerhalb der Gutachten, bei denen dem Gutachtenbegehren nicht stattgegeben werden konnte.

Zunächst wurde (im II. Abschnitt) eine kurze Übersicht über die Methodik der Gutachtenauswertung gegeben.

Im III. Abschnitt haben wir die Gutachten nach allgemeinen Gesichtspunkten ausgewertet.

Die Zahl unserer, in den Jahren 1950 bis 1960, erstellten Gutachten war in den einzelnen Jahrgängen großen Schwankungen unterworfen: von 10/1953 bis 238/1951 (vergl. Darstellung und Tabelle Nr. 1). Auffallend war mit 28,6 % der hohe Prozentsatz der weiblichen Begutachteten.

Nur bei der Hälfte aller Begutachteten (48,3 %) wurde der Zusammenhang der gesundheitlichen Störungen mit der Verfolgung bejaht. Bei den 659 abgelehnten Gutachten stellten wir fest:

- 1.) ein nahezu gleichmäßiger prozentualer Anteil in den einzelnen Jahren (Darstellung/Tabelle Nr. 2);
- 2.) das Verhältnis männlich/weiblich wie im Gesamtmaterial (Darstellung und Tabelle Nr. 3);
- 3.) die Unabhängigkeit der Ablehnung vom Schadensalter (Darstellung/Tabelle Nr. 5);
- 4.) 8 bis 12 % mehr Ablehnungen bei 0 bis 1 Jahr Schadensdauer, 10 % weniger Ablehnungen bei einer Schadensdauer von 4 bis 5 sowie 10 und mehr Jahren (Darstellung Nr. 8 mit Tabelle Nr. 7).

Wir konnten also nur bei der Schadensdauer eine gewisse Abhängigkeit der Anerkennung eines gesundheitlichen Dauerschadens feststellen, ohne daraus wichtige Schlußfolgerungen zu ziehen.

Das Schadensalter lag bei 91 % aller Begutachteten zwischen dem 20. und 60. Lebensjahr mit einem Schwerpunkt zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr (Darstellung und Tabelle Nr. 4).

Die Schadensdauer war bei den Begutachteten der Jahrgänge 1950/52 und 1958/60 unterschiedlich lang: eine Verschiebung von 1 Jahr auf 5 Jahre Schadensdauer (Darstellung und Tabelle Nr. 6).

Im IV. Abschnitt interessierten uns spezielle Fragen. Bei der Verteilung der als Schadensfolge anerkannten Krankheiten fanden wir drei Krankheitskomplexe am häufigsten vertreten: Gefäßleiden/Hypertonie, Magen-Darm-Erkrankungen und Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen (vergl. Darstellung Nr. 9 mit Tabelle Nr. 8), die wir deshalb im

Abschnitt II/2 gesondert ausgewertet. Im Gegensatz zu dem relativ hohen Anteil dieser Krankheiten bei den anerkannten Fällen liegt ihre Ablehnungsquote um 20 bis 30 % höher als die des Gesamtmaterials (Darstellung Nr. 16). Eine Gegenüberstellung der Jahre 1950-52 und 1958-60 zeigte - mit steigendem Lebensalter - sowohl eine Zunahme dieser Krankheiten als auch ihrer Ablehnungen (vergl. Darstellung Nr. 15 mit Tabelle Nr. 11). Wir müssen somit bei der Beurteilung dieser anlagebedingten Krankheiten eine starke Abhängigkeit vom Lebensalter der Begutachteten feststellen.

Ein Vergleich des Schadensalters, das wir aus o. a. Gründen gleich Manifestationsalter bei unseren Patienten setzten, mit dem durchschnittlichen Beschwerdebeginn ergab bei Magen-Darm-Erkrankungen eine "Spätmanifestation" (vergl. Darstellung Nr. 18/Tabelle Nr. 13), während er bei der Hypertonie eine "Frühmanifestation" zeigte (s. S. 36 und 38). Da sich diese Verschiebungen jeweils in die Nähe des durchschnittlichen Schadensalters bei unseren Patienten bewegen, führten wir dieses Ergebnis nicht auf die besonderen Umstände der Belastung, sondern auf die bei Laien verständliche Ereignisverquickung zurück. Die Zahl der Hypertoniker im 50. bis 80. Lebensjahr lag bei unseren Patienten sogar um 5 bis 25 % unter der eines durchschnittlichen Patientenkreises (vergl. Darstellung Nr. 19/Tabelle Nr. 14).

Auffallend hoch war - im Vergleich mit der Morbidität unter normalen Lebensverhältnissen - die Zahl der Begutachteten (4,7 %), bei denen eine Lungentuberculose als Schadensfolge festgestellt wurde (s. S. 22).

Über dem durchschnittlichen weiblichen Anteil lag die Zahl der Frauen bei Leber- und Galleerkrankungen; vegetativen, endocrinen und psychischen Störungen, während bei Lungenerkrankungen, Krankheiten des ZNS mit peripherem Nervensystem sowie Zuständen nach Gewalteinwirkungen die Zahl der weiblichen Begutachteten auffallend gering war (vergl. Darstellung Nr. 9).

Bei der Einstufung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) der als Schadensfolge anerkannten Krankheiten fanden wir nur bei 14,8 % der anerkannten Gutachten eine Schadensfolge über 50 %, das sind 7,1 % aller Begutachteten. Überraschend war dagegen - bei einem hauptsächlich Schadensalter vom 30. bis 50. Lebensjahr - der 10 %-ige höhere Anteil von Krankheiten, die "im Sinne der Entstehung" gegenüber "im Sinne der Verschlimmerung" anerkannt werden mußten (vergl. Darstellung Nr. 10/11 und Tabelle Nr. 9).

Im letzten Abschnitt befaßten wir uns mit den nach dem Tode des Geschädigten erstellten Gutachten. Die Frage "Ist der Tod eine Schadensfolge?" mußte in 75,4 % der Fälle verneint werden. Den Grund für diese hohe Ablehnungsquote suchten wir in der Uneinsichtigkeit des medizinischen Laien. Beweisend war für uns:

- 1.) das sprunghafte Ansteigen dieser Gutachten von 5 (1950-55) auf 60 (1956-60) mit einem parallelen Anstieg der Ablehnungen: 1950-55 = 2, 1956-60 = 47 (vergl. Darstellung Nr. 20);
- 2.) eine Zeitspanne zwischen Tod und Belastungsende von 5 und

- mehr Jahren bei rund 90 % der abgelehnten Gutachten;
3.) die große Zahl von Herz- und Kreislaufversagen sowie malignen Tumoren als Todesursache (vergl. Tabelle Nr. 15).

Den Abschluß bildete eine eingehendere Betrachtung der als Schadensfolge anerkannten Todesursachen.

Literaturverzeichnis

- BALYEAT Handbuch der Inneren Medizin IV/2, 4. Auflage:
Noelpp/Eschenhagen "Asthma bronch. "
- EUSTERMAN u.
BALFOUR Handbuch der Inneren Medizin III/1, 4. Auflage:
Katsch/Pickert "Die Krankheiten des Magens"
- LARSEN zit. von Heim/Tönsheide in "Diskussionsbemer-
kungen zum Thema Dystrophie und Tbc", veröf-
fentl. in "Die Dystrophie - Spätfolgen und Dauer-
schäden, Arbeit und Gesundheit, Sozialmedizini-
sche Schriftenreihe des Bundesministeriums f.
Arbeit u. Sozialordnung," Bonn, Neue Folge Heft
65 (1958)
- OTT Handbuch der Inneren Medizin IV/3, 4. Auflage:
Ott "Epidemiologie der Tuberculose"
- PETERSEN Handbuch der Inneren Medizin III/1, 4. Auflage:
Katsch/Pickert "Die Krankheiten des Magens"
- RATNER Handbuch der Inneren Medizin IV/2, 4. Auflage:
Noelpp/Eschenhagen "Asthma bronch. "
- RÖSSLE Handbuch der Inneren Medizin IX/6, 4. Auflage:
Wollheim/Zissler "Die Krankheiten der Gefäße"
- SCHETTLER Das ärztliche Gutachten im Versicherungswesen,
Band II, 1955: Schettler "Der genuine Hochdruck"
- SCHWARTZ Handbuch der Inneren Medizin IV/2, 4. Auflage:
Noelpp/Eschenhagen "Asthma bronch. "
- WOLLHEIM Handbuch der Inneren Medizin IX/5, 4. Auflage:
Wollheim/Moeller "Die Hypertonie"
- BEG Vertrauensärztliche Gutachtertätigkeit im Rahmen
des Bundesgesetzes zur Entschädigung für Opfer
der nationalsozialistischen Verfolgung, Bayer.
Landesentschädigungsamt, Broschüre 1960

Wiedergutmachungsbeilage der "Allgemeinen Wo-
chenzeitung der Juden in Deutschland", Mai 1960

Am Ende meiner Arbeit ist es mir ein Bedürfnis, Herrn Prof. Dr. F. Erbslöh für sein so überaus großzügiges und verständnisvolles Entgegenkommen bei der Bearbeitung dieses Themas zu danken.

Herrn Prof. Dr. Dr. G. Bodechtel möchte ich für das so reichlich zur Verfügung gestellte Material sowie für sein Interesse an dieser Arbeit meinen Dank aussprechen.

LEBENS LAUF

Am 15. 6. 1937 wurde ich als Tochter des Gynäkologen Dr. med. Karl Schaeffer und dessen Ehefrau, der prakt. Ärztin Dr. med. Hildgund, geb. Iffland, in Stuttgart geboren.

1942 fiel mein Vater an der Ostfront. 1947 heiratete meine Mutter den Kaufmann Gustav Heyser, Mühlhausen/Thür.

Von 1943 bis 1951 besuchte ich die Volksschule und von 1951 bis 1955 die Oberschule in Mühlhausen/Thür., wo ich am 2. 7. 1955 mein mathematisch-naturwissenschaftliches Abitur bestand. Vom Oktober 1955 bis März 1956 nahm ich an einem Sonderlehrgang für Abiturienten der SBZ in Berlin teil und bestand im April 1956 die Ergänzungsprüfung für Abiturienten der SBZ in Würzburg am Alten Gymnasium.

Nach vier Semestern Medizinstudium an der Universität in Würzburg und einem Semester an der FU Berlin legte ich am 1. 8. 1958 die ärztliche Vorprüfung an der Universität in Würzburg ab. Die klinischen Semester studierte ich ein Semester an der FU Berlin, ein Semester an der Universität in Kiel sowie vier Semester an der Universität in München, wo ich am 30. 5. 1962 das ärztliche Staatsexamen beendete.

Vom 1. 6. 1962 bis 31. 1. 1963 war ich als Medizinalassistentin an der II. Medizin. Klinik München tätig. Seit dem 1. 7. 1963 bin ich als Medizinalassistentin am Städt. Krankenhaus in Melsungen.

